



I, the undersigned, declare that I will abide by the circular number (02/2021) which has been issued by Department of Healthcare Professions dated 21/04/2021 and is available on MOPH Website that all healthcare facilities (public / Private / Semi-Governmental) must display "Patients' Bill of Rights & Responsibilities" in three different Languages including Arabic and English languages as mandatory in a prominent, clear area for example waiting areas, receptions of all clinics etc.

I hereby, declare to acknowledge the availability of the Bill on MOPH Website in different languages as per MoPH issued circular and I have read the **guidelines** for implementation of patients' bill of rights and responsibilities in all healthcare facilities in the state of Qatar which is also available on Website in both languages' Arabic & English and full compliance with all mentioned in it.

The facility will take full responsibility in case of violation & non-compliance with all mentioned above.

Name:

QID:

Attach copy of QID

Name of the Facility:

Position in the Facility:

Signature:

Facility stamp:

Date:.....

Original for Department of licensing and Accreditation Healthcare Facilities- MOPH.

أقر أنا الموقع أدناه بأني قد اطلعت على التعميم رقم (2021/02) الصادر من إدارة التخصصات الصحية بتاريخ 21/04/2021 في الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة العامة والمتعلق بإلزامية كافة المنشآت الصحية (الحكومية - شبه الحكومية - الخاصة) بوضع ميثاق حقوق وواجبات المرضى بثلاثة لغات مختلفة من بينها اللغتين العربية والإنجليزية وذلك في مكان بارز مثل مناطق انتظار المرضى، الاستقبال، والعيادات والأقسام الرئيسية بالمنشأة.. وغيرها .

كما أقر بأنني على علم بتوفر الميثاق على الموقع الإلكتروني للوزارة باللغات المحددة في التعميم الصادر كما أطلعت على التوجيهات الإرشادية الصادرة بشأن تطبيق ميثاق حقوق وواجبات المرضى في جميع المنشآت الصحية في دولة قطر والمتوفرة أيضاً في الموقع الإلكتروني وذلك باللغتين العربية والإنجليزية والالتزام بكل ماورد بها.

حيث ستتحمل المنشأة كامل المسؤولية المترتبة على مخالفة ما جاء أعلاه.

الاسم :

رقم البطاقة الشخصية:

إرفاق نسخة من البطاقة الشخصية

اسم المنشأة :

المهنة / الصفة بالمنشأة :

التوقيع :

ختم المنشأة:

التاريخ :

يسلم الاصل لإدارة ترخيص واعتماد منشآت الرعاية الصحية بوزارة الصحة العامة.